



HEDEMORA
KOMMUN

STYRDOKUMENT

Skapad av: Kvalitetsutvecklare

Datum: 2024-02-01

Diarienummer:
ON041-24 730

Giltig fr.o.m. 2024-02-21

Senast reviderad:

Godkänt/antaget av: Omsorgsnämnden

Datum: 2024-02-21

Dokumentansvarig: Kvalitetsutvecklare

Dok. Kategori:	Riktlinje
Stadie:	För beslut
Gallring:	Vid inaktualitet
Kort beskrivning:	Riktlinje för Ledningssystemet omsorgsförvaltningen

Riktlinje för Ledningssystemet omsorgsförvaltningen



Innehållsförteckning

1.	Förklaringsmodell	1
2.	Inledning	1
2.1	Syfte	1
2.2	Målgrupp	2
2.3	Definition av begreppet kvalitet.....	2
3.	Målsättning	2
3.1	Ansvarsfördelning	2
4.	Processer och rutiner.....	3
4.1	Vad är en process?.....	3
4.2	Huvudprocess	4
4.3	Delprocess	4
5.	Aktivitet, rutin, checklista	4
6.	Samverkan.....	5
7.	Systematiskt förbättringsarbete.....	5
7.1	Risikanalys.....	6
7.2	Egenkontroll.....	6
7.3	Avvikelsehantering7	
7.4	Systematisk uppföljning	7
7.5.	Åtgärder.....	7
7.6	Dokumentation	7
8.	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet.....	8
10.	Styrande och rådgivande dokument	8

1. Förklaringsmodell

- **SOSFS 2011:9** – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- **SoL** – Socialtjänstlagen (2001:253)
- **LSS** - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- **HSL** - Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2. Inledning

Den 1 januari 2012 trädde SOSFS 2011:9 i kraft. HSL- lagen, SoL-lagen och LSS- lagen innehåller alla bestämmelser som innebär att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. SOSFS 2011:9 beskriver att vårdgivare eller den som bedriver verksamhet inom Socialtjänst eller LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten som syftar till att kvaliteten upprätthålls och säkerställer att bestämmelser i ovan nämnda lagar efterlevs.

Omsorgsförvaltningens verksamheter bedrivs på uppdrag av Omsorgsnämnden i Hedemora kommun. Socialtjänst, hälso- och sjukvård samt verksamhet enligt LSS, vilka inryms inom Omsorgsförvaltningens verksamheter, är komplexa verksamheter och kräver ett ledningssystem för att kunna säkra och utveckla god kvalitet.

Ett ledningssystem kan förklaras som ett formaliserat och beslutat system med fastställda principer för ledning av verksamheten samt beskrivning av hur det systematiska förbättringsarbetet ska bedrivas.

2.1 Syfte

Ledningssystemet är ledningens verktyg för att styra verksamheterna till att uppnå kvalitet. Kvalitet uppnås genom att göra rätt sak, vid rätt tillfälle och på rätt sätt vilket ledningssystemet beskriver genom processer och rutiner. Riskerna för att missförhållanden, vårdskador och andra avvikelser uppstår ska minska genom att vi har ett ledningssystem. Ledningssystemet ska efterföljas för att skapa nytta för de som verksamheterna är till för, det vill säga patienter, brukare, klienter och medborgare i Hedemora kommun.

Ledningssystemet ska också vara ett stöd för de anställda i Omsorgsförvaltningen genom tydlighet i vad de ska göra i sitt arbete. Systemet skapar en gemensam struktur för Omsorgsförvaltningens arbete med planering, genomförande, utveckling och uppföljning av verksamheten. All personal är viktiga pusselbitar för att vi ska tillhandahålla kvalitet i våra verksamheter, alla behöver vara med och uppmärksamma förbättringspotential och för att vi ska kunna skruva i styrning och ledningssystem. Ledningssystemet är således inget statiskt utan behöver ständigt ses över och justeras för att verksamheterna ska utvecklas.

Syftet med riktlinjen är att i huvudsak:

- Fungera som omsorgsnämndens styrdokument
- Bidra till att säkra kvalitet i verksamheterna
- Minska riskerna för missförhållanden, vårdskador och avvikelser

- Verka som ett stöd för medarbetarna i sitt dagliga arbete

2.2 Målgrupp

Målgruppen för riktlinjen är all personal inom omsorgsförvaltningen.

2.3 Definition av begreppet kvalitet

SOSFS 2011:9 definierar begreppet kvalitet på följande sätt:

”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service för vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”

Ledningssystemet ska till följd av definitionen användas som ett verktyg för att uppnå alla de lagkrav som gäller för Omsorgsförvaltningen. Ledningssystemet bidrar till att vi får ett gemensamt tillvägagångssätt för att systematiskt genomföra de förbättringar som krävs i våra verksamheter för att kunna uppnå lagkraven och därmed god kvalitet.

3. Målsättning

- Att ledningssystemet inom Omsorgsförvaltningens verksamheter som uppfyller föreskrifterna i SOSFS 2011:9.
- Att det systematiska förbättringsarbetet leder till att vi uppnår god kvalitet i våra verksamheter för medborgarna i Hedemora kommun.

3.1 Ansvarsfördelning

Att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheterna är en förutsättning för väl fungerande kvalitetsarbete. Varje chef och medarbetare har ett ansvar för kvaliteten inom sin egen arbetsplats/ verksamhet.

Omsorgsnämnden

- Nämnden fastställer mål för verksamheten i enlighet med kommunövergripande mål- och budgetarbete
- Ansvarar för att det finns ett fastställt ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten

Förvaltningschefen

- Har det yttersta ansvaret för att planera och genomföra kvalitetsarbetet och för att kvalitetsutvecklingen omsätts i praktiskt handlande

Avdelningschef

- Har ett samlat ansvar för att planera, leda, kontrollera, utvärdera och utveckla verksamheten inom sin avdelning

Enhetschef

- Har ett ansvar att planera, leda, kontrollera och utvärdera sin verksamhet och för att förankra kvalitetsarbetet hos personalen och göra dem

delaktiga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

- Ansvarar för att följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten
- Upprättar årligen en patientsäkerhetsberättelse för föregående kalenderår i enlighet med de krav som finns på en sådan

Kvalitetsutvecklare

- Ansvarar för att samordna kvalitetsarbetet och stötta chefer och medarbetare i det systematiska förbättringsarbetet
- Upprättar årligen en kvalitetsberättelse som sammanställer arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet under det föregående kalenderåret.

Medarbetare

- Ansvarar för att de känner till och arbetar i enlighet med de processer, rutiner och riktlinjer som finns i ledningssystemet
- Ansvarar för att bidra till det systematiska förbättringsarbetet genom att inkomma med förbättringsförslag och rapportera in avvikelser vid behov

4. Processer och rutiner

De styrmedel som inbegrips i ledningssystemet är i huvudsak processer och rutiner. Genom att planera verksamheten med hjälp av processer och rutiner skapas förutsättningar för att arbetet uppnår för god kvalitet, det vill säga att de lagkrav som finns uppnås. De processer och rutiner som Omsorgsförvaltningen bedömer behöver finnas ska svara på: Vad vi ska göra, hur vi ska göra det och varför för att uppnå kvalitet i våra verksamheter. Checklistor är ett annat styrmedel som i vissa avseenden upprättas för att förenkla arbetet på Omsorgsförvaltningen. En viktig del som dessa styrmedel bidrar till är att alla arbetar på ett likvärdigt sätt, vilket i sin tur betyder att medborgare blir likvärdigt behandlade när de kommer i kontakt med Omsorgsförvaltningens verksamheter.

Det finns också styrmedel som vi inte har någon direkt påverkan på men behöver förhålla oss till, det kan exempelvis vara nationella eller regionala riktlinjer. I vissa fall kan det behövas skapas lokala rutiner för att bryta ner dessa riktlinjer och anpassa dem till den lokala verksamheten. Det finns också vissa lagstadgade rutiner, som exempelvis vid Lex Sarah, dessa rutiner gäller alltid.

4.1 Vad är en process?

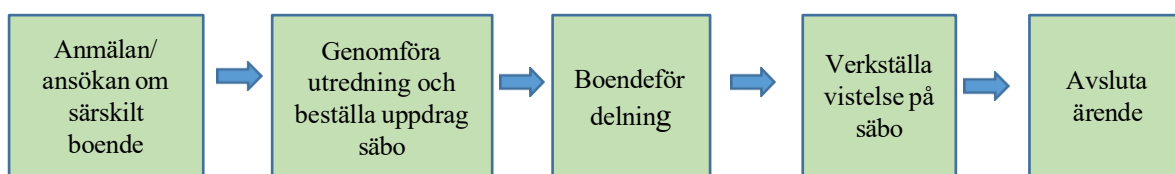
Med process menas: En serie med aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Processer kan beskrivas i text, men för att tydliggöra processerna så har förvaltningen valt att illustrera processerna med hjälp av processkartläggning. Det innebär att aktiviteterna som ingår i en process ritas upp i den följd de ska utföras, det blir då tydligt vad processen startar med och när den är slutförd.

Omsorgsförvaltningen har valt att arbeta med huvudprocesser och delprocesser. Då är huvudprocessen den övergripande processen och det finns flera underliggande delprocesser där arbetssättet visas på en mer detaljerad nivå.

4.2 Huvudprocess

Huvudprocessen visar ett tillvägagångssätt på ett övergripande plan. Nedan exempel visar vilka delar som ingår i huvudprocessen när vi ger stöd till en äldre i särskilt boende. Den processen börjar med en anmälan/ansökan om plats, fortsätter med att en utredning behöver göras, om det därifrån landar i ett beslut om plats på särskilt boende ska en boendefördelning ske. Därefter ska beslutet verkställas och genomföras på den tilldelade platsen på särskilt boende och till sist kommer vi att avsluta ärendet.

Exempel på huvudprocess: Ge stöd i särskilt boende



4.3 Delprocess

Aktiviteterna i huvudprocessen bryts ned till en eller flera delprocesser för att mer detaljerat beskriva hur arbetet ska bedrivas. I den modell av processkartläggning som förvaltningen valt att arbeta med visas också vilken yrkesroll i organisationen som ska utföra vilken aktivitet. Det ska skapa en tydlighet och trygghet för medarbetarna kring vilka arbetsuppgifter de förväntas genomföra och vilka befogenheter som ligger på vilken roll. Det visar också i vilka sammanhang och med vilka som det krävs samverkan och kommunikering.

5. Aktivitet, rutin, checklista

Aktivitet

En aktivitet kan beskrivas som en händelse eller arbetsuppgift som leder till att arbetet kan löpa vidare till nästa steg för att nå det slutgiltiga resultatet av en process. Det kan vara att kalla till ett möte, att ha mötet, att registrera en uppgift i ett system, att göra en utredning, att kommunicera en viss information till en viss person med mera.

Rutin

I de fall där aktiviteterna i processen kräver ytterligare information om hur aktiviteten faktiskt ska utföras behövs en rutin. Vad som ska göras kan ofta utläsas av aktiviteten i processkartläggningen. Rutinen beskriver än mer detaljerat vad, hur och i vissa fall varför vi ska genomföra en arbetsuppgift. Rutinerna kan vara korta och koncisa eller mer omfattande, beroende på arbetsuppgiftens art.

Checklista

Checklistor kan uppsättas som stöd om det är flera viktiga parametrar som ska genomföras i en viss aktivitet. Det är inte alltid det behövs en hel rutin utan i stället räcker med en checklista i punktform att använda för att säkerställa att allt väsentligt genomförs. Det kan exempelvis vara ämnen att ta upp i ett välkomstsamtal med en ny brukare.

6. Samverkan

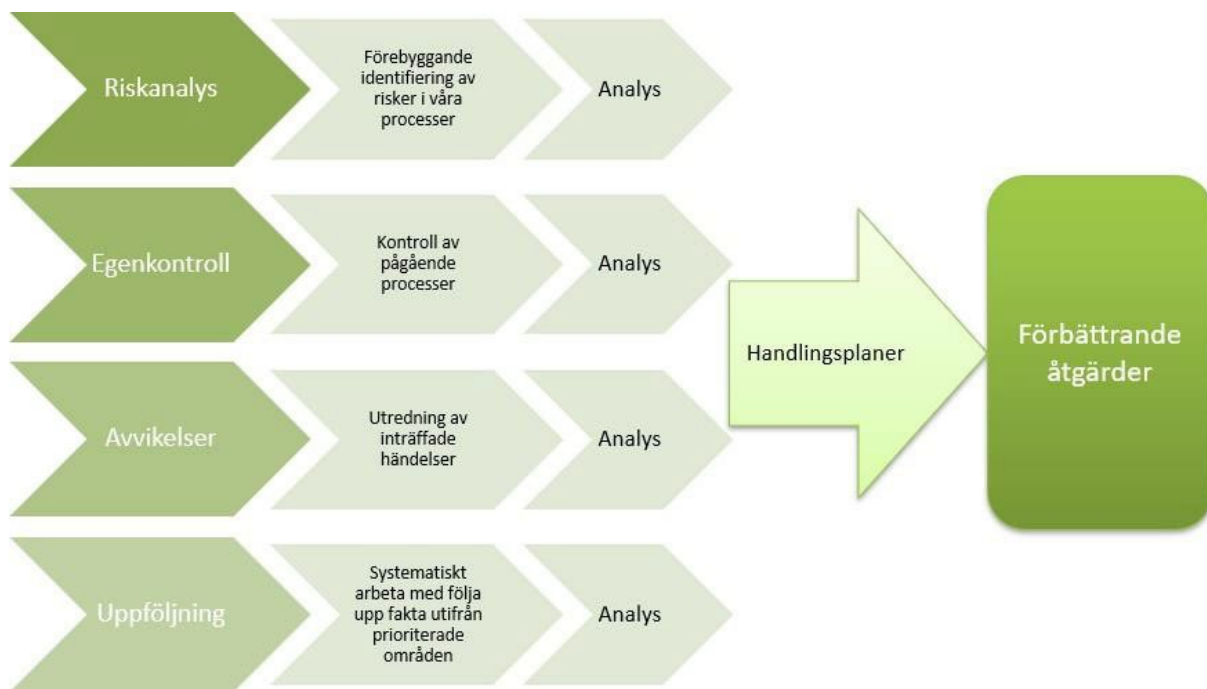
Samverkan är en viktig komponent för att säkerställa kvalitet i verksamheten, det vill säga att det finns lagstadgade krav på samverkan som måste uppnås. Utöver det kan samverkan i många fall bidra till en mer effektiv verksamhet och det kan upplevas mer lättarbetat. Inom Omsorgsförvaltningen finns en mängd olika samverkanforum, en del pågår under en viss period då behov finns medan andra är mer stadigvarande. Även extern samverkan är viktigt för Omsorgsförvaltningen, det kan vara exempelvis regional eller nationell samverkan inom ett specifikt område eller samarbeten med andra aktörer i kommunen.

Den samverkan som behöver bedrivas för att uppnå kvalitet, och därmed de lagkrav som finns, ska tydliggöras i processerna. I den modell av processkartläggning som Omsorgsförvaltningen valt att arbeta utifrån är processens aktiviteter specificerade på yrkesroller inom förvaltningen och externa parter. Det gör att det blir tydligt i vilka lägen samverkan behövs och med vilka, såväl internt som externt. Om det behövs ytterligare detaljerade beskrivningar på hur samverkan ska gå till kan det skapas rutiner som komplement.

7. Systematiskt förbättringsarbete

När grunden för ledningssystemet är satt, implementerat och verksamheten arbetar utefter de upprättade processerna och rutinerna är det systematiska förbättringsarbetet generatören i arbetet med att uppnå och utveckla kvalitet. Det går ut på att hitta brister samt risker för att brister uppstår i kvaliteten och åtgärda dem. Det systematiska förbättringsarbetet består av fyra huvuddelar:

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Avvikelsehantering
- Systematisk uppföljning
- Åtgärder



7.1 Riskanalys

Riskanalysen är det verktyg vi använder som förebyggande arbete. Det innebär att bedöma om det finns risk för att negativa händelser inträffar som kan innebära brister i kvaliteten. Bedömningen går ut på att identifiera sådana risker samt att skatta sannolikheten för att de uppstår samt konsekvenserna av om risken inträffar.

Riskanalyser ska göras fortlöpande och omfatta samtliga av verksamhetens delar. Verksamheter som bedöms vara särskilt riskfyllda kan behöva analyseras med tätare frekvens än andra verksamheter.

Riskanalysen sker på befintliga processer, det görs då en genomgång av processerna och en identifiering av de risker som kan uppstå och innebära negativa konsekvenser.

Riskanalys kan även behöva genomföras innan en förändring av en verksamhet, förändring av medarbetarnas sammansättning eller innan nya arbetssätt och metoder införs.

Exempel på brister som kan uppmärksammas via en riskanalys är att något riskerar att ”falla mellan stolarna”, att missförstånd kan uppstå, att något utförs på ett felaktigt sätt, att det inte alltid finns personer på plats med nödvändiga beslutsmandat med mera.

7.2 Egenkontroll

Egenkontrollen är en uppföljning på den verksamhet som bedrivs eller har bedrivits och syftar till att kontrollera om det finns avvikelser mot de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Finns sådana avvikelser innebär det en risk för att verksamheten inte bedrivs med den kvalitet som behövs för att uppnå de krav som ställs på verksamheten. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamheten ska kunna säkra god kvalitet. Egenkontroller kan bestå i granskning av journaler, akter eller annan dokumentation, målgruppsundersökningar, olika slags jämförelser av verksamhetens resultat, inhämtade synpunkter från revisorer och andra intressenter med mera.

7.3 Avvikelsehantering

Verksamheterna ska ta emot rapporter om avvikelser, synpunkter och klagomål från medarbetare, brukare/klienter och andra intressenter som upptäcker brister eller har synpunkter/klagomål på hur vi bedriver arbetet. Dessa rapporter ska sedan utredas av verksamheten och nödvändiga åtgärder ska vidtas för att säkerställa kvalitet. Rapporterna som inkommer ska också sammanställas det behövs för att kunna se mönster eller trender som visar på brister i verksamheten. En avvikelse/synpunkt/klagomål i sig kan verka oskyldig, men om det visar sig finnas flera liknande rapporter så behöver det ytterligare utredas vad det beror på och vad det kan betyda för kvaliteten.

7.4 Systematisk uppföljning

Varje verksamhet behöver ta ansvar för att följa upp verksamheten utifrån viktiga kvalitetsindikatorer för just den verksamheten som bedrivs. Det handlar om att ha koll på verksamheten. Beroende på vad det handlar om kan det vara att mäta/kontrollera vissa värden månatligen/kvartalsvis. Indikatorn kan komma utifrån att en brist uppmärksammas i en egenkontroll exempelvis, som gör att vi behöver följa upp en viss indikator över tid. Det kan också vara ett övergripande mål som behöver följas under året för att vi ska ha kontroll över att vi går åt rätt håll.

Vilka kvalitetsindikatorer som behöver följas bestämmer verksamheterna över. Det är viktigt att vi tänker till kring vad som ska följas upp, varför det är viktigt och om det finns saker vi följer som är mindre viktigt men som vi följer bara för att vi alltid gjort det. Här handlar det om att ha fokus på kvalitet och övergripande mål

7.5. Åtgärder

För att det ska ske systematiska förbättringar i verksamheten krävs att de brister som uppmärksammas i riskanalys, egenkontroller och som uppkommer i avvikelshantering åtgärdas.

Till hjälp ska handlingsplaner upprättas där det framgår vilka åtgärder som ska vidtas, vem som är ansvarig och när det ska vara slutfört. Exempel på åtgärder kan vara inrättande av ny rutin, ändring av rutin, ny aktivitet i en befintlig process, utbildning av personal med mera.

7.6 Dokumentation

För att leda en komplex verksamhet behövs klara regler, rutiner och ansvarsfördelning. Det är också viktigt att det är enkelt att hitta dessa dokument som beskriver hur vi ska arbeta för att uppnå önskad kvalitet. Alla de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet ska dokumenteras och lagras i det systemstöd Omsorgsförvaltningen valt att arbeta med. Rutiner ska inte upprättas på egen hand ute i verksamheterna och exempelvis lagras i en pärm på plats, allt ska samlas på den gemensamma plattformen där ledningssystemet finns så alla kan ta del av innehållet.

Dokumentationen för hur arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs ska också vara tydliga. Exempelvis rutiner för avvikelshantering, egenkontroll, riskanalys och åtgärdsplaner. Även resultaten och det fortlöpande arbetet med de olika delarna i det

systematiska förbättringsarbetet ska dokumenteras för att sedan kunna sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse som upprättas en gång per år för föregående års kalenderår. Vissa delar av arbetet med det systematiska förbättringsarbetet behöver också sammanställas till den årliga patientsäkerhetsberättelsen som även den ska upprättas en gång per år.

8. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är medarbetarnas engagemang och delaktighet en förutsättning. Det är av stor vikt att medarbetarna uppmuntras till att delta i det systematiska förbättringsarbetet och att ha ett öppet klimat. Inrapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål ska inte ses som något negativt utan i stället som en möjlighet att kunna utveckla verksamhetens kvalitet mot det bättre. Det ska vara klart och tydligt vart de ska vända sig och hur de ska gå tillväga för att rapportera, vilket den som leder verksamheten behöver se till att informera om.

Medarbetarna ska vara delaktiga i framtagandet av dokument som berör deras verksamhet och dagliga arbete, det kan till exempel vara en rutin för inflytt på ett boende. Utan medarbetarnas medverkan kommer inte framtagna dokument att bli verksamhetsanpassade och därmed finns risk att till exempel rutinen inte efterföljs. Ett gott exempel på medverkan är att ha workshops tillsammans med ansvarig chef, verksamhetsutvecklare och utsedd personal. Då kan innehållet i dokumentet bearbetas på bästa sätt och alla deltagare kan bidra med olika infallsvinklar. Att samverka på det här sättet medför också att medarbetarna blir ambassadörer för det nya dokumentet och hjälper till med spridningen ute i verksamheten.

Det är också den som leder verksamheten som behöver se till att medarbetarna har kunskap om de processer och rutiner vi arbetar efter samt att de vet vart de kan hitta dessa och arbetar utefter dem. När medarbetare arbetar utifrån uppräta processer och rutiner arbetar de systematiskt på ett likvärdigt sätt för att uppnå kvalitet. Det underlättar det systematiska förbättringsarbetet i sin tur genom att arbetssätt kan följas upp och utvecklas eller förändras vid behov.

9. Styrande och rådgivande dokument

[Senaste version av SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsen](#)